

# AVANCES EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE LA PROSTATA.

*Claudio Orlich Castelán\**

## INTRODUCCION

El cáncer de la próstata es el tumor más frecuente del aparato genitourinario y constituye uno de los principales problemas que afronta el urólogo en su práctica diaria. Puede presentarse en forma completamente asintomática en sus estadios tempranos y más adelante lo hace con síntomas obstructivos o en relación con las metástasis. Se insiste mucho hoy día en la importancia de hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad para dar un tratamiento curativo a estos pacientes y ha habido grandes avances en los métodos diagnósticos disponibles. El tacto rectal rutinario en los hombres mayores de 50 años sigue siendo el método más importante y más barato; en los últimos años la detección del antígeno prostático específico y el uso del ultrasonido transrectal con la toma de biopsias con aguja fina de las áreas hipocogénicas sospechosas y también la toma de biopsias al azar han aumentado el número de casos diagnosticados tempranamente. El análisis del flujo citométrico del patrón nuclear de ADN ha ayudado mucho a establecer el pronóstico de cada caso en particular y ha demostrado la experiencia clínica el hecho de que los pacientes con estadio A2 tienen enfermedad extracapsular en una tercera parte de los casos. Todo lo anterior, junto con una mejoría en las técnicas quirúrgicas principalmente con una mejor hemostasia y un mejor conocimiento anatómico que permite la

preservación de los nervios erigentes que preservan la potencia sexual han hecho que cada día se utilice más la prostatectomía radical para la curación definitiva del cáncer temprano de la próstata.

## DISCUSION

Palken et al estudiaron 315 hombres asintomáticos para comparar el tacto rectal y el ultrasonido transrectal en el diagnóstico del cáncer de la próstata encontrando 23 casos (7.3%) de los cuales el 5.4% fueron diagnosticados por el tacto rectal y el 4.4% por el ultrasonido transrectal tomando en forma rutinaria múltiples biopsias de ambos lóbulos guiadas por ultrasonido usando la pistola de de Biopty con agujas finas, lo que disminuye las molestias y causa una menor orbilidad con menos hematuria y dolor, cuando se compara a la biopsia tomada con la aguja gruesa usando el dedo como guía. Esta toma de biopsias de las áreas hipocogénicas sospechosas y de la de biopsias sistemáticas al azar en presencia de un antígeno prostático elevado han aumentado el número de casos diagnosticados y dan además información acerca de la extensión de la enfermedad intraprostática. (3) Por otro lado, el aislamiento y la purificación del antígeno prostático específico representa un avance importante para la detección del adenocarcinoma de la próstata y en el seguimiento a la respuesta terapéutica. También se encuentra elevado el APE en pacientes con hiperplasia prostática benigna, prostatitis, después de cistoscopías y de exámenes rectales. Sin embargo, cuando la eleva-

\* Asistente Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios. IV Congreso Nacional de Patología. Mayo de 1992.

ción es muy importante generalmente se acompaña de extensión extracapsular con la presencia de metástasis linfáticas. El APE es un excelente marcador tumoral después de la prostatectomía radical y para seguir la respuesta al tratamiento. (4)

Hoy día se consideran como casos de estadio A2 a aquellos pacientes con un grado alto de Gleason, con un volumen tumoral grande mayor de un cm cúbico y a aquellos en los cuales más del 5% del tejido está afectado. Zincke ha reportado que el 29% de estos pacientes tienen por lo menos un estadio C y que el 60% de aquellos con un grado 3 o más alto tienen enfermedad extracapsular todo lo que ha llevado a tratar estos pacientes más tempranamente con una prostatectomía radical. El estudio histopatológico de estos pacientes ha demostrado que al analizar las piezas de prostatectomías radicales el 25% de los pacientes con estadio A1 y el 9% de los pacientes con estadio A2 no tienen cáncer al hacer el estudio histológico. (7)

Se ha demostrado en Hopkins que la resección transuretral de la próstata puede no quitar toda la enfermedad y que es poco probable que hecha en forma repetida quite la enfermedad en forma completa, esto último debido a su localización anterior y apical y al hecho de que estos tumores son multifocales en el 89% de los casos. (7)

Otro estudio que ha tomado mucha importancia es el análisis del flujo citométrico del patrón nuclear del ADN para establecer el pronóstico de cada caso en particular y sus aplicaciones prácticas en cuanto a tratamiento. Se ha encontrado que los tumores más mal diferenciados son casi siempre aquellos que contienen un patrón de ADN aneuploide o tetraploide. Se ha reportado su valor pronóstico en los estadios A1 y A2 del cáncer prostático y se ha visto que el 67% de los tumores con patrón aneuploide y con estadio A2 tienen progresión de la enfermedad, mientras que sólo el 15% de los pacientes con estadio A2 y un patrón diploide de ADN tienen progresión de la enfermedad de

manera que está bien establecido hoy día que el patrón de ploidía del ADN correlaciona en forma significativa con la progresión de la enfermedad en los estadios A1 y A2 y lo mismo en el estadio B. (5) Lee et al reportaron sus resultados al analizar 80 piezas de prostatectomías radicales comparando la ploidía del ADN con el patrón de diferenciación de Gleason y la invasión de la vesícula seminal. Ellos reportaron que en presencia de un patrón de ADN diploide había una sobrevida del 85% a 5 años, comparado con sólo el 9% a 5 años con un patrón aneuploide. (1)

Nativ también encontró en 146 pacientes con estadio C que el hallazgo de un patrón de ADN tetraploide o aneuploide se asoció a tumores de alto grado histológico y a 10 años de seguimiento sólo el 10% de los tumores con ADN diploide habían fallecido, comparado con el 28% y el 36% de aquellos con patrones tetraploide y aneuploide respectivamente. Stephenson hizo análisis citométrico en los pacientes con estadio D1 y la sobrevida fue significativamente más larga en presencia de un patrón diploide. (6)

## RESUMEN

El cáncer de la próstata es muy frecuente después de los 50 años de edad y es muy importante el diagnosticarlo tempranamente para obtener la curación de estos pacientes. El tacto rectal rutinario continúa siendo el método más barato y el más fiel en la detección de la enfermedad; además han habido avances recientes en el estudio y detección del cáncer de próstata como lo es la detección del antígeno prostático y el uso del ultrasonido transrectal con la toma de biopsias con aguja fina. Todo ello y el avance en las técnicas quirúrgicas han hecho que hoy día se efectúe la prostatectomía radical curativa con mayor frecuencia.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lee S.E., Currin S.M., Paulson D.F., Walter P.J. Flow cytometric determination of ploidy in prostatic adenocarcinoma. A comparison with seminal vesicle involvement and histopathological grading

- as a predictor of clinical recurrence J. Of Urol. 1988; 140:769-774.
2. Nativ O., Winckler H., Razy E., Myers R.P., Zincke H y Lieber M.: Stage C prostatic adenocarcinoma. Flow cytometric nuclear DNA ploidy analysis. Mayo Clin. Proc. 1989; 64:911-919.
  3. Palken M., Cobb O., Simons E et al. Prostate cancer: comparison of digital rectal examination and transrectal ultrasound for screening. J. of Urol. 1991; 145:86-92.
  4. Rainwater L, Morgan W., Klee G y Zincke H. Prostatic specific antigen testing untreated and treated prostatic adenocarcinoma. Mayo Clin. Proc. 1990; 65: 1118-1126.
  5. Rainwater L. y Zincke H. Nuclear DNA ploidy and prostate cancer. Lepott y Lawson (eds). Theraphy for genitourinary cancer. 1992 Kluwer Academic Publishers 53-63.
  6. Stephenson R.A., James B. C., Gay H., Fair W., Withmore W.: Flow cytometry of prostatic cancer: relationship of DNA content to survival. Cancer Res. 1987; 47:2504-2509.
  7. Zincke H. et al. Radical prostactectomy for stage A adenocarcinoma of the prostate: staging errors and their implications for treatment recommendations and disease outcome. J. of Urol 1991; 146:1053-1058.

# YO PIERDO, TU PIERDES, NOSOTROS...

*Lic. Xinia Fernández Delgado*

Mario se acercó con pasos cansados a la Oficina de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social. Su corazón latía aceleradamente por la emoción. ¡Por fin podría disfrutar de su pensión y descansar!.

Sin embargo, cuando se enteró del monto que le correspondía, su alegría se tornó en preocupación. ¿Cómo podrían él y su anciana

esposa vivir con ¢9.500 mensuales?

Esta historia se repite constantemente cuando llega el momento de la jubilación. Y es que en muchos casos, las personas reportan salarios muy bajos, porque realmente ganan poco o porque desean reducir el monto que cotizan al Seguro de invalidez, Vejez y Muerte, I.V.M., de la C.C.S.S.



Cada trabajador debe velar porque se reporte a la Caja el salario que realmente gana. De esta forma se asegura una pensión digna en su vejez.

## COMO FUNCIONA EL SISTEMA

El Régimen de I.V.M. al igual que el de Enfermedad se basan en un principio de solidaridad. Esto quiere decir que usted aporta para su pensión un 2.5%, su patrono el 4.75% y el Estado 0.25%. de lo que las 3 partes cotizan dependen los ingresos del Seguro Social y de ahí los equipos, instalaciones y personal capacitado que usted tendrá a su servicio. Asimismo, garantiza la existencia de un régimen de pensiones que le permita vivir dignamente durante la vejez.

Pero, ¿cómo se calcula lo que usted recibirá?

La Caja tiene una Oficina de Cuenta Individual donde se registra el monto que cada persona aporta mensualmente, y es precisamente sobre el salario que se reporta que se efectúa el cálculo de lo que le corresponde al jubilarse.

La Caja le pagará el 60% del salario promedio. Este se calcula con los 48 salarios más altos de los últimos 60 cotizados. Después de 20 años se pagan un 0.0835% por cada mes adicional.

Las estadísticas demuestran que existen elevados índices de morosidad y evasión que ponen en riesgo la solidez financiera del sistema y las pensiones futuras.

## QUIENES PAGAN

En el siguiente cuadro podemos ver la relación entre número de asalariados y cotizantes a la C.C.S.S.

	TOTAL	SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO	TRABAJADORES DOMESTICOS
TOTAL ASALARIADOS	774,723	154,945	565,548	54,230
Asegurados Directos	551,065	147,197	392,367	11,500
Asalariados No Cubiertos	223,658	7,748	173,181	42,730

Del cuadro podemos ver que 223,658 asalariados evaden el pago del Seguro, personas que al llegar a la vejez no recibirán ninguna pensión. Además esta evasión hace que disminuya el ingreso al sistema y peligre su existencia. Este fenómeno se presenta con mayor fuerza en el sector privado donde más de 173 mil asalariados no cotizan. También en el servicio doméstico encontramos un número considerable de trabajadores no asegurados.

Según datos del Lic. Guillermo Fernández, Jefe de la Unidad Actuarial de la Caja, el 50% de los salarios reportados en I.V.M. son inferiores a ₡ 20.000.

De esta situación se deduce que el problema no es el monto de la pensión que la Caja paga, sino el salario que las personas reportan.

Como resultado de los bajos montos sobre los que se cotiza actualmente el 71% de los pensionados por Invalidez, el 33% de los de Vejez y el 79% de las pensiones por muerte son de ₡9.500.

Incluso muchas veces el régimen incurre en gastos adicionales pues al calcular el monto de la pensión, ésta es inferior al tope mínimo de ₡9.500, por lo que debe cubrirse ese faltante.

Al pensionarse la Caja Continúa brindándole gratuitamente atención médica, aumentos anuales en su pensión y aguinaldo.

La única forma en que podemos asegurar un servicio médico adecuado y la existencia del sistema de pensiones es mediante su aporte. Cada trabajador debe velar porque se reporte a la Caja el Salario que realmente gana.